

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE MEDICINA



"CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON EVENTO
VASCULAR CEREBRAL Y DEPRESION"


POR:
DR. ERNESTO AMAURY PENUELAS GONZALEZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER
EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA


ENERO 2015

**"CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO
MAYOR Y EVENTO VASCULAR CEREBRAL"**

Aprobación de la tesis:




Dr. RAUL DÍAZ NIÑO
Director de la tesis




Dr. ALFREDO CUELLAR BARBOZA
Coordinador de Enseñanza



Dr. FELIPE SANDOVAL AVILES
Coordinador de Investigación



Dr. RICARDO SALINAS RUIZ
Jefe de Servicio o Departamento



Dr. FERNANDO GONGORA RIVERA
Codirector de la tesis



Dr. med. GERARDO ENRIQUE MUÑOZ MALDONADO
Subdirector de Estudios de Posgrado

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA



**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON EVENTO VASCULAR
CEREBRAL Y DEPRESIÓN”**

Por

DR. ERNESTO AMAURY PEÑUELAS GONZÁLEZ

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA**

ENERO, 2015

**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO
MAYOR Y EVENTO VASCULAR CEREBRAL”**

Aprobación de la tesis:

Dr. RAUL DIAZ NIÑO
Director de la tesis

Dr. ALFREDO CUELLAR BARBOZA
Coordinador de Enseñanza

Dr. FELIPE SANDOVAL AVILES
Coordinador de Investigación

Dr. RICARDO SALINAS RUIZ
Jefe de Servicio o Departamento

Dr. FERNANDO GÓNGORA RIVERA
Codirector de la tesis

Dr. med. GERARDO ENRIQUE MUÑOZ MALDONADO
Subdirector de Estudios de Posgrado

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

No encuentro palabras que expresen el agradecimiento y cariño que tengo hacia mis padres; por su apoyo incondicional y comprensión en todos los momentos de mi vida, a mis hermanos que me han acompañado y amado, a mis amigos que siempre me contagian de energía y entusiasmo, a todas las personas con quienes he compartido momentos que atesoro en el corazón.

INDICE

INDICE DE TABLAS	5
INDICE DE FIGURAS	6
LISTA DE ABREVIATURAS	7
RESUMEN	8
INTRODUCCIÓN	9
Trastorno depresivo mayor (TDM)	9
Evento vascular cerebral (EVC)	10
Impacto del TDM en el ECV	11
JUSTIFICACIÓN	13
PREGUNTA DE INVESTIGACION	14
HIPOTESIS	14
DISEÑO	15
OBJETIVOS	15
Objetivo general	15
Objetivos particulares	15
POBLACIÓN Y MUESTRA	16
Criterios de inclusión:	16
Criterios de exclusión:	17
Criterios de eliminación:	17
CONSIDERACIONES ÉTICAS	17
MATERIAL Y MÉTODOS	18
HERRAMIENTAS DE INVESTIGACIÓN	19
Escala de depresión de Hamilton	19

Escala de discapacidad de Barthel	21
Escala de Ranking modificada	21
Escala SF-36 de Calidad de vida	22
MOCA (Montreal Cognitive Assessment) versión español	23
NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) versión español	23
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	24
PROCEDIMIENTO	24
RESULTADOS	25
Características demográficas	25
Subgrupo con trastorno depresivo mayor (TDM)	28
Comparación de Resultados	31
Comparación de resultados de escalas clinimétricas	32
Calidad de Vida	34
DISCUSIÓN	39
CONCLUSIÓN	41
BIBLIOGRAFÍA	42
ANEXOS	46
Cuestionario de Salud SF-36	46
Escala de Barthel	52
Escala de Rankin modificada	55
MOCA (Montreal Cognitive Assessment)	56
Escala de depresión de Hamilton (HDRS)	57
NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale)	62
RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO	63

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.....	29
Tabla 2.....	30
Tabla 3.....	31
Tabla 4.....	33
Tabla 5.....	34
Tabla 6.....	35

INDICE DE FIGURAS

Figura 1.....	12
Figura 2.....	13
Figura 3.....	25
Figura 4.....	26
Figura 5.....	27
Figura 6.....	28
Figura 7.....	32
Figura 8.....	36
Figura 9.....	37
Figura 10.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS

EVC: evento Vascular Cerebral

HDRS: Hamilton Depression Rating Scale / escala de depresión e Hamilton

HU: Hospital universitario “Dr. José Eleuterio González”

MOCA: Montreal cognition assestment; Escala de evaluación cognitiva de Montreal

NIHSS: National Institute of Health Stroke Scale

TDM: trastorno depresivo mayor

UANL: Universidad Autónoma de Nuevo León

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar si existe asociación negativa entre la presencia de trastorno depresivo mayor (TDM) y la calidad de vida percibida por pacientes con diagnóstico de evento vascular cerebral (EVC).

MÈTODO: Se aplicaron escalas de calidad de vida (SF-36), depresión (Hamilton rate scale), la national institute of health stroke scale (NIHSS) para medir déficit neurológico por evento vascular cerebral, escalas de discapacidad Rankin y Barthel a pacientes con diagnóstico de EVC isquémico del departamento de neurología del Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), se midió la prevalencia de trastorno depresivo mayor (TDM) y se buscaron asociaciones con los índices de calidad de vida, discapacidad y secuelas neurológicas.

RESULTADOS: se reclutaron un total de 97 pacientes 60.82% hombres y 39.17% mujeres. Se documentó una prevalencia de TDM de 38.14%, también se encontró una asociación negativa estadísticamente significativa entre las puntuaciones en las escalas de calidad de vida (SF-36), Rankin, Barthel y NIHSS y la presencia de trastorno depresivo mayor.

CONCLUSIONES: El trastorno depresivo mayor se asocia negativamente con la percepción de la calidad de vida e índices de discapacidad y secuelas neurológicas en los pacientes con evento vascular cerebral isquémico.

INTRODUCCIÓN

Trastorno depresivo mayor (TDM)

El TDM es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la población general alcanzando una prevalencia a lo largo de la vida de hasta 17%⁽¹⁾, con una incidencia anual de 1.59%, siendo dos veces mayor en mujeres que en hombres. A menudo se encuentra complicado con abusos de sustancias, trastornos de personalidad, afectivos y psicóticos, así como enfermedades físicas ⁽¹⁾.

Se caracteriza por la presencia durante dos o más semanas de, ánimo depresivo y/o anhedonia y/o falta de interés generalizada como síntomas centrales y al menos 5 de los siguientes: pérdida de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotriz, fatiga o pérdida de energía, disminución en la capacidad de pensar o de concentración, pensamientos de muerte, sentimientos de culpa o inutilidad ^(2,3).

Existen síntomas agregados que pueden estar presentes como conductas suicidas o para suicidas, ansiedad, quejas, síntomas psicóticos, somáticos (gastrointestinales, neurológicos, reumatológicos, genitourinarios, etc.), desesperanza y dolor ^(1,2).

Al TDM se le atribuyen múltiples causas, genéticas, ambientales y psicosociales. Se han documentado cambios a nivel cerebral en términos

estructurales, de señalización y funcionales con alteraciones en producción, distribución y efecto de los neurotransmisores siendo serotonina, dopamina y norepinefrina los más mencionados. Otros cambios encontrados son a nivel hormonal, en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y eje tiroideo; existe también un aumento significativo del cortisol sérico y TSH en pacientes deprimidos ⁽¹⁾. Hay disminución de interleucinas antiinflamatorias y elevación de interleucinas pro inflamatorias provocando una serie de cambios nocivos a nivel sistémico y conductual, implicados directamente con la calidad de vida y salud de las personas con este trastorno ^(1,4).

El tratamiento tiene aún una tasa de respuesta variable. La administración de medicamentos inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS) es de primera elección, así como la psicoterapia del tipo de apoyo, cognitivo-conductual e interpersonal ⁽¹⁾. En otros casos y según los lineamientos médicos más recientes la terapia electroconvulsiva (TEC) y estimulación magnética transcraneal serán de elección.

Evento vascular cerebral (EVC)

El EVC oscila entre la tercera y cuarta causa de muerte, en nuestro medio la primera causa de invalidez permanente entre las personas adultas y una de las principales causas de déficit neurológico en el anciano ^(5,6). El EVC puede generar situaciones familiares y económicas catastróficas así como institucionales debido al impacto que genera en la calidad de vida, funcionalidad y capacidades de los pacientes afectados.

El EVC isquémico se caracteriza por un déficit neurológico focal de instalación súbita secundario a una reducción o interrupción del flujo sanguíneo cerebral, causado por trombos de placas de ateroma o embolismos ⁽³⁾.

Su prevalencia se calcula en 3.5 % en la población mayor de 64 años, presentando un incremento en la incidencia en los hombres de 65 a 74 años y amplificando así el riesgo de presentar un EVC con la edad. Durante el primer mes tras el evento agudo se ha calculado una mortalidad de hasta 25 % así como tasas de dependencia, y discapacidad importantes ⁽⁷⁾.

Entre los factores de riesgo asociados se encuentran: hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, tabaquismo, antecedentes heredo-familiares de enfermedad cardiovascular, cardiopatía previa, obesidad y dislipidemia⁽⁸⁾. El TDM se ha propuesto como un factor de riesgo independiente para el desarrollo del EVC⁽⁹⁾.

Impacto del TDM en el ECV

La prevalencia de TDM documentado en la literatura es aproximadamente 17% ⁽¹⁾, sin embargo, en los pacientes con enfermedades cardiovasculares y crónicas esta prevalencia aumenta sustancialmente, en el caso del EVC es del 35 % con rango entre 20 y 60% según el estudio revisado; esto vuelve al TDM el trastorno psiquiátrico más prevalente en los pacientes con EVC^(10,11,12). El TDM complica importantemente el pronóstico y evolución de estos pacientes, ya que los resultados en la medición de calidad de vida y funcionalidad se

encuentran disminuidos sustancialmente, con respecto a los pacientes con EVC sin TDM^(4,10,11,13,14,15).

Es en los primeros dos años del EVC existe el mayor riesgo de desarrollar TDM⁽¹²⁾ y se considera que la causa es multifactorial. Se ha asociado desde el sitio y origen de la lesión, además de la edad y género como algunas variables implicadas⁽¹⁰⁾.

Sin embargo, a pesar de su importante prevalencia e impacto en el pronóstico, el TDM es subdiagnosticado ya que algunos de sus síntomas se encuentran sobrepuestos a los del EVC, por lo que se vuelve difícil su evaluación y medición.

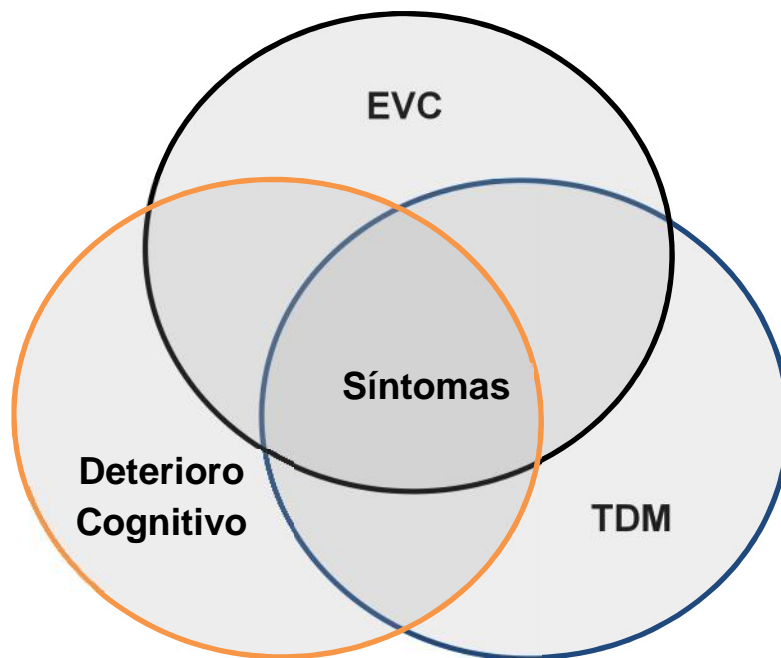


Figura 1

EL TDM *per se* se ha considerado un factor de riesgo independiente para el desarrollo de EVC^(9,16) y a este mismo, un factor de riesgo importante para el desarrollo de TDM volviéndose un círculo vicioso entre la asociación y correlación que existe entre ambos.

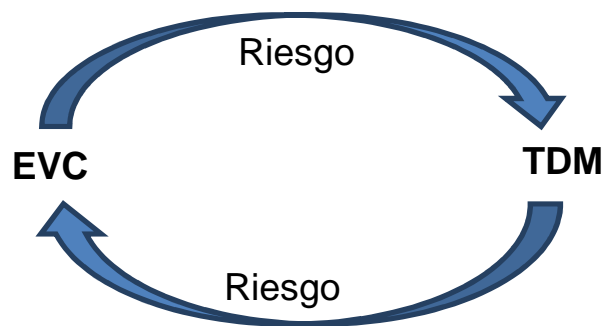


Figura 2

Así mismo se ha documentado un aumento en la incidencia de pensamientos, ideas y planeación suicida de estos pacientes, lo que los condiciona a un abandono de su salud, falta de interés en el estado, pronóstico de su padecimiento, riesgo de muerte y complicaciones así como mal apego al tratamiento^(15,16).

JUSTIFICACIÓN

Es muy importante conocer los factores de riesgo de la enfermedad vascular cerebral asociados al trastorno depresivo mayor en nuestra población para diseñar estrategias terapéuticas y de detección que contribuyan a mejorar su pronóstico funcional y calidad de vida.

En nuestra población (Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León), no se encuentra documentada la prevalencia del trastorno depresivo mayor en el paciente con evento vascular cerebral ni los índices de calidad de vida o la asociación entre estos.

Dado que el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la Universidad Autónoma de Nuevo León es un centro de salud pública de referencia en el noreste de México, el conocimiento de la casuística y variables implicadas en el impacto de la funcionalidad, discapacidad y calidad de vida de los pacientes con EVC aporta conocimientos importantes para la implementación de sistemas y/o programas de salud pública en nuestra región.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Existe asociación negativa entre la presencia de trastorno depresivo mayor y la calidad de vida percibida por pacientes con diagnóstico de evento vascular cerebral?

HIPOTESIS

Existe asociación negativa entre la severidad de la sintomatología depresiva y la calidad de vida percibida por pacientes con diagnóstico de evento vascular cerebral

.

DISEÑO

Se trata de un estudio transversal, comparativo y analítico,

OBJETIVOS

Objetivo general

El objetivo principal de este estudio consiste en determinar si existe asociación negativa entre la presencia de trastorno depresivo mayor y la calidad de vida percibida por pacientes con diagnóstico de evento vascular cerebral.

Objetivos particulares

1. Medir la prevalencia en nuestra población del trastorno depresivo mayor en pacientes que han presentado un evento vascular cerebral.
2. Medir el nivel de calidad de vida del paciente con evento vascular cerebral.
3. Determinar si existe asociación negativa entre la calidad de vida percibida por pacientes con diagnóstico de evento vascular cerebral y:
 - Discapacidad.
 - Déficit neurológico.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población consistió en los pacientes que acudieron a la consulta externa, registrados en la base de datos del departamento de neurología del Hospital Universitario (HU) de la UANL, tras haber sufrido un evento vascular cerebral. También se incluyeron pacientes que cumplieron con criterios de inclusión en el estudio y que por contacto telefónico fueron invitados a participar. La base de datos cuenta con un historial detallado así como las puntuaciones en las escalas de déficit neurológico y discapacidad, aplicadas al ingreso hospitalario, egreso y en cada visita a la consulta externa para seguimiento.

El muestreo se realizó por conveniencia debido a la facilidad y practicidad para obtener datos de investigación.

Se calculó el tamaño de la muestra mínimo de 80 pacientes para garantizar la repetitividad del estudio, ya que el modelo estadístico utilizado posee 8 grados de libertad en los modelos lineales multivariados⁽¹⁷⁾. Finalmente se logró incluir un total de 97 pacientes con diagnóstico de evento vascular cerebral isquémico.

Criterios de inclusión:

Pacientes mayores a 18 años, sin importar el género.

Diagnóstico de evento vascular cerebral isquémico.

Pacientes que acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

Deterioro cognitivo severo.

Afasia severa o afasia sensitiva.

Alteración en el estado de conciencia al momento de la evaluación
(puntaje en el inciso 1 de NIHSS >1).

Criterios de eliminación:

Pacientes que no contesten adecuadamente las escalas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se realizó el presente estudio en busca de un beneficio para la salud, posterior a ser aprobado por el comité de ética de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Se respetó la autonomía y la dignidad de la persona que decidió participar en el mismo. Sobre todo se informó de manera adecuada y completa a los pacientes y familiares acerca del tópico, de cómo se llevó a cabo el estudio y de la función del mismo.

Se mantendrá en estricta confidencialidad la información obtenida durante el proceso de elaboración del estudio y se omitirá la identidad de los participantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se llevó a cabo en el periodo comprendido de mayo del 2013 a septiembre del 2014 (16 meses). Los pacientes fueron evaluados en una sola ocasión en la consulta externa de neurología y cada sesión tuvo una duración aproximada de 30 a 45 minutos.

A los pacientes que aceptaron participar y habiendo obtenido su consentimiento informado se procedió a revisar que tuvieran una valoración neurológica completa en el expediente clínico y se les realizó una entrevista psiquiátrica para detectar trastorno depresivo mayor.

Posteriormente a todos los pacientes se les aplicaron escalas clinimétricas de discapacidad, calidad de vida, funcionamiento cognitivo, severidad de depresión y de déficit neurológico por enfermedad vascular cerebral.

La entrevista psiquiátrica fue realizada por un residente de psiquiatría, la valoración neurológica fue llevada a cabo por un residente de neurología y la aplicación de escalas fue realizada por ambos residentes responsables y colaboradores del proyecto de investigación. El diagnóstico de trastorno depresivo mayor se hizo con base a los criterios del DSM- IVTR. Para la evaluación de la severidad de síntomas depresivos se utilizó la escala de depresión de Hamilton, la valoración del estado cognitivo se realizó con la

escala MOCA (Montreal Cognitive Assessment), la discapacidad con la escala de Rankin y escala de Barthel.

La calidad de vida se valoró utilizando la escala de calidad de vida SF-36, y el déficit neurológico por enfermedad vascular cerebral con la escala NIHSS.

Posterior a la obtención de información se utilizó la base de datos del departamento de neurología para obtener las variables demográficas y médicas pertinentes para este estudio, así como los puntajes de las escalas clinimétricas previas a la visita de evaluación.

Todos los pacientes con trastorno depresivo mayor, comorbilidad psiquiátrica y/o riesgo suicida fueron enviados al departamento de medicina de enlace o urgencias para continuar su manejo según fuera el caso.

HERRAMIENTAS DE INVESTIGACIÓN

Escala de depresión de Hamilton

Es una escala diseñada para medir la intensidad o gravedad del TDM.

Cuantifica los aspectos somáticos y conductuales, los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad. Debe ser realizada por un terapeuta experimentado al final de una entrevista clínica, se puede recabar información adicional de personas cercanas al paciente.

Cada ítem utiliza puntuaciones de 0 a 2 en algunos casos y de 0 a 4 en otros, eligiendo el valor que mejor se ajuste a la sintomatología que presenta el paciente. La suma total que va de 0 a 52 puntos de la escala, es la adición de las puntuaciones asignadas a cada uno de los ítems.

La categorización de la severidad del trastorno depresivo se realiza de la siguiente manera:

- No deprimido: 0-7
- Depresión ligera/menor: 8-13
- Depresión moderada: 14-18
- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: >23

Posee una consistencia interna alfa de Cronbach entre 0.76 y 0.92^(18,19, 20), la fiabilidad interobservador oscila de 0.65 a 0.9^(20, 21, 22).

Su validez es diferente en todas las poblaciones, siendo menor en pacientes de edad avanzada por el elevado peso de los síntomas somáticos^(22, 23), pero mantiene un buen rendimiento^(24, 25).

Escala de discapacidad de Barthel

El índice de Barthel es un instrumento que mide la habilidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de discapacidad.

Presenta una fiabilidad con índices de Kappa entre 0.84 y 0.97, consistencia interna con alfa de Cronbach de 0.86 a 0.92⁽²⁶⁾. Es un buen predictor de la mortalidad.

Las actividades se valoran de forma diferente pudiéndose asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos a cada una, el rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente), y 100 puntos (completamente independiente). Para los temas de deposición y micción se deberá valorar la semana previa.

Para su interpretación, la puntuación se agrupa en categorías de dependencia:

- Dependencia total menor a 20.
- Dependencia grave entre 20 a 35.
- Dependencia moderada entre 40 a 55.

Escala de Ranking modificada

Es utilizada para medir el grado de discapacidad o dependencia en las actividades diarias de las personas que han sufrido un evento vascular cerebral

o enfermedad neurológica. Es una escala heteroaplicable de 6 ítems siendo el seis el puntaje de mayor discapacidad.

La confiabilidad interevaluador es de hasta el 81%, ($\kappa = 0.74$, $w = 0.91$) y repetitividad ($\kappa = 0.81$, $w = 0.94$)^(27, 28).

Escala SF-36 de Calidad de vida

Se trata de un cuestionario autoaplicable, sin embargo puede ser heteroaplicable. Consta de 36 ítems que exploran 8 dimensiones del estado de salud: funcionamiento físico, limitación de rol debido a salud física, limitación de rol debido a problemas emocionales, energía/ fatiga, bienestar emocional, funcionamiento social, dolor y salud general. Las dimensiones del cuestionario proporcionan puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; a mayor valor, mejor estado de salud. El rango para cada dimensión oscila de 0 a 100, no está diseñado para proporcionar un índice global, sin embargo, se han propuesto puntuaciones resumen de salud física y de salud mental mediante la combinación de las respuestas de los temas. Logra una validez del 80-90%^(29, 30). Algunos estudios documentan una fiabilidad interobservador de 0.70 a 0.80.

El SF-36 muestra buena discriminación entre grupos de gravedad, presenta una correlación alta con otros instrumentos de medida de calidad de vida⁽³¹⁾.

MOCA (Montreal Cognitive Assessment) versión español

Se trata de una escala heteroaplicable que evalúa el estado cognitivo con 8 sub escalas (orientación, memoria, atención, lenguaje, abstracción, recuerdos diferidos, identificación y visuoespacial/ejecutiva). La consistencia interna es del 0.76, la fiabilidad interevaluador de 0.9, por lo que es una escala eficaz⁽³²⁾.

NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) versión español

Es una escala que determina cuantitativamente el déficit neurológico causado por un evento vascular cerebral. También se utiliza como herramienta para evaluar el estado neurológico en pacientes con un evento agudo. Sirve como una medida de la gravedad del accidente cerebrovascular.

Es una escala heteroaplicable, que se compone de 11 ítems, con puntuación de 0 a 4 para cada uno, donde un valor de 0 es indicativo de función normal y un puntaje más alto representa mayor deterioro. La suma de los elementos da la puntuación total (valor máximo posible de 42 y mínimo de 0).

Se clasifica de la siguiente manera:

- No síntomas de EVC :0
- EVC menor: 1 a 4
- EVC Moderado: 5 a 15
- EVC moderado a severo: 16 a 20
- EVC severo: Mayor a 20

ANALISIS ESTADISTICO

Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad para variables numéricas o continuas. Si los grupos no tenían distribución normal se usó la prueba U de Mann-whitney. La prueba de Chi², en caso de variables dicotómicas. Se analizaron las asociaciones a través de modelos lineales multivariados.

Los modelos máximos fueron de:

SF36 ~ Edad + Sexo + Depresión + tiempo de EVC + MOCA + NIHSS + Escala de Rankin + Escala Barthel.

SF36 ~ Edad + Sexo + tiempo de EVC + MOCA + NIHSS + Escala de Rankin + Escala Barthel+ Escala de Hamilton.

El análisis se efectuó al 95% nivel de confianza en el paquete estadístico R v.3.0.2 (R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. Viena, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2014).

PROCEDIMIENTO

La aplicación de los instrumentos se realizó posterior al consentimiento informado durante una consulta de rutina de neurología, o bien en una cita programada a partir de la base de datos.

El tiempo promedio invertido para la entrevista psiquiátrica y realización de pruebas fue aproximadamente de 30 a 45 minutos. Posteriormente se

comprobó el llenado adecuado y completo de los cuestionarios los cuales fueron vaciados a una base de datos con la finalidad de realizar esta investigación.

RESULTADOS

Características demográficas

Se obtuvieron un total de 97 pacientes de los cuales 59 (60.82%) fueron hombres y 38 (39.17%) mujeres.

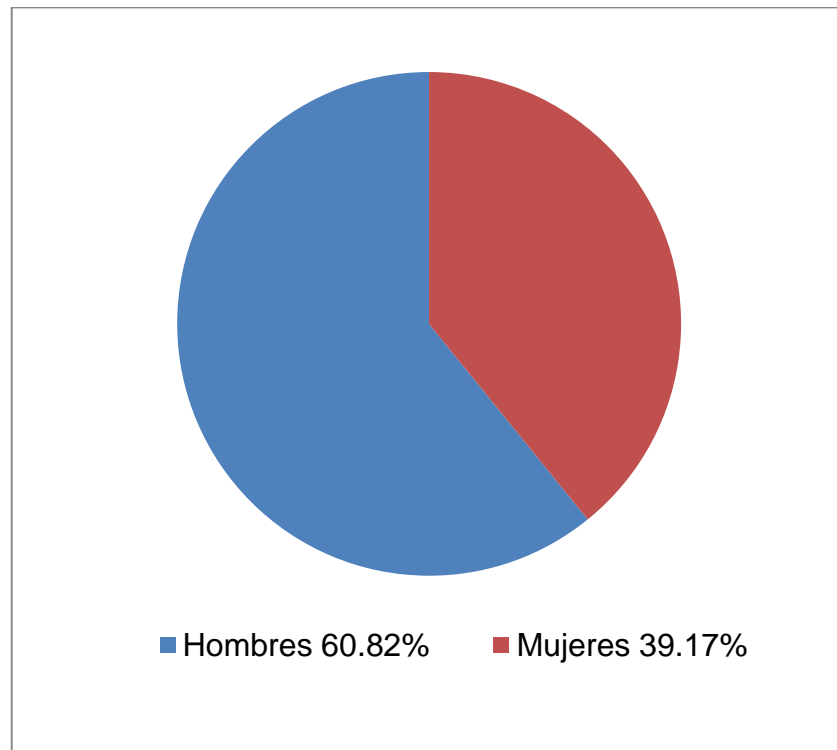


Figura 3

La edad promedio de los pacientes fue de 63.69 años (desviación estándar 13.89).

La mediana en tiempo de evolución del EVC al momento de la evaluación fue de 653 días (rango 16 a 1081 días), con una mediana de estancia hospitalaria de 6 días (rango de 2 a 25 días). El estado civil fue: 8.6% soltero, 54.8% casado, 16.1% viudo y 20.5% unión libre. La escolaridad fue 11.8% analfabeta, 24.7%, primaria incompleta, 32.3% primaria completa, y 21.6% secundaria, preparatoria y/o carrera técnica, y sólo el 9.7% licenciatura.

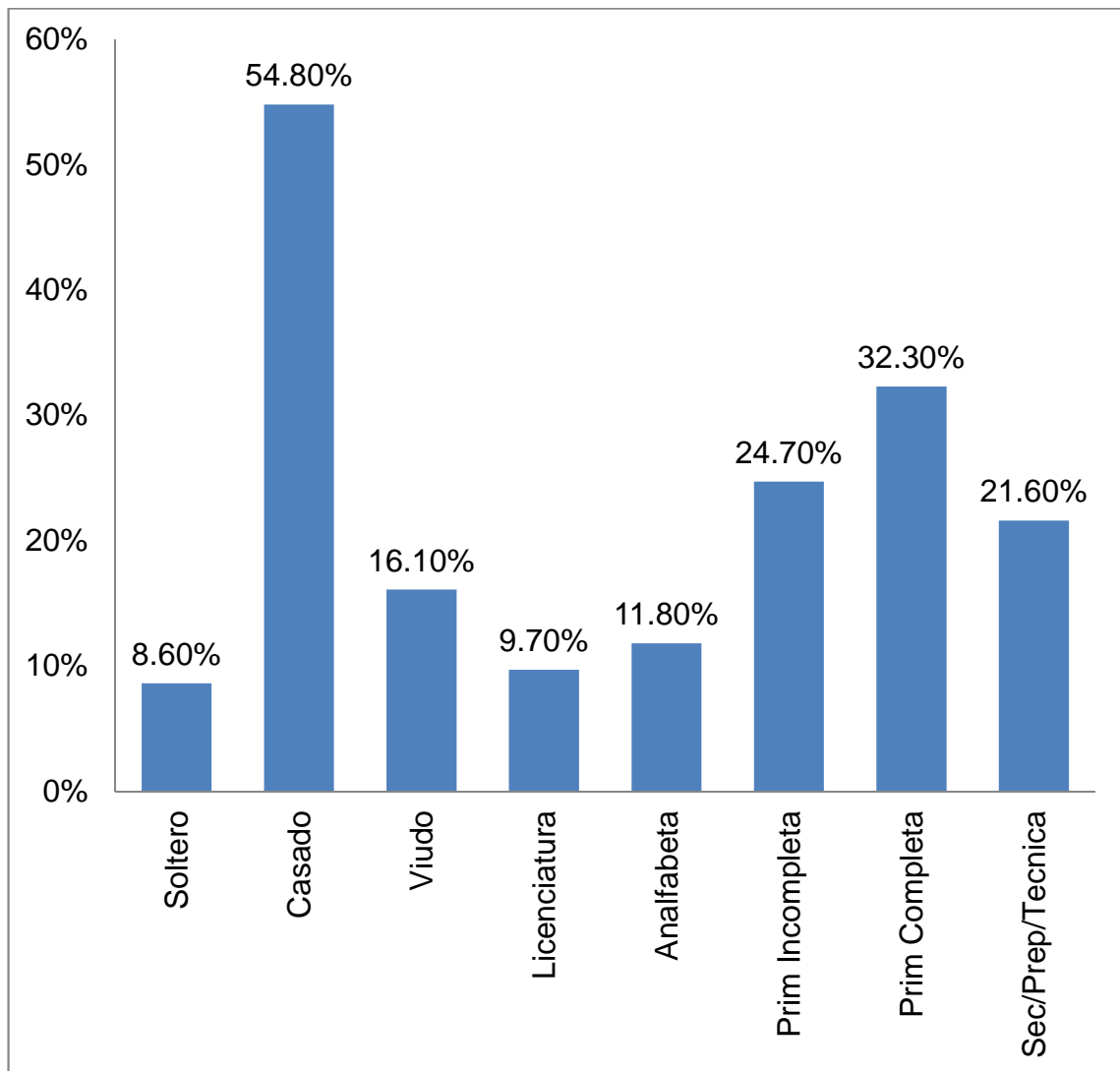


Figura 4

Las comorbilidades encontradas más frecuentes fueron: 75.3% (73 pacientes) hipertensión arterial, 41.2% (40 pacientes) diabetes mellitus, 33% (32 pacientes) tabaquismo activo al momento de la evaluación, 26.8% (26 pacientes) dislipidemia, 25.8% (25 pacientes) padecía algún tipo de cardiopatía y el 24.7% (24 pacientes) había tenido un EVC previo de cualquier tipo, es decir que un 50.5% (49 pacientes) presentaba algún tipo de padecimiento cardiovascular.

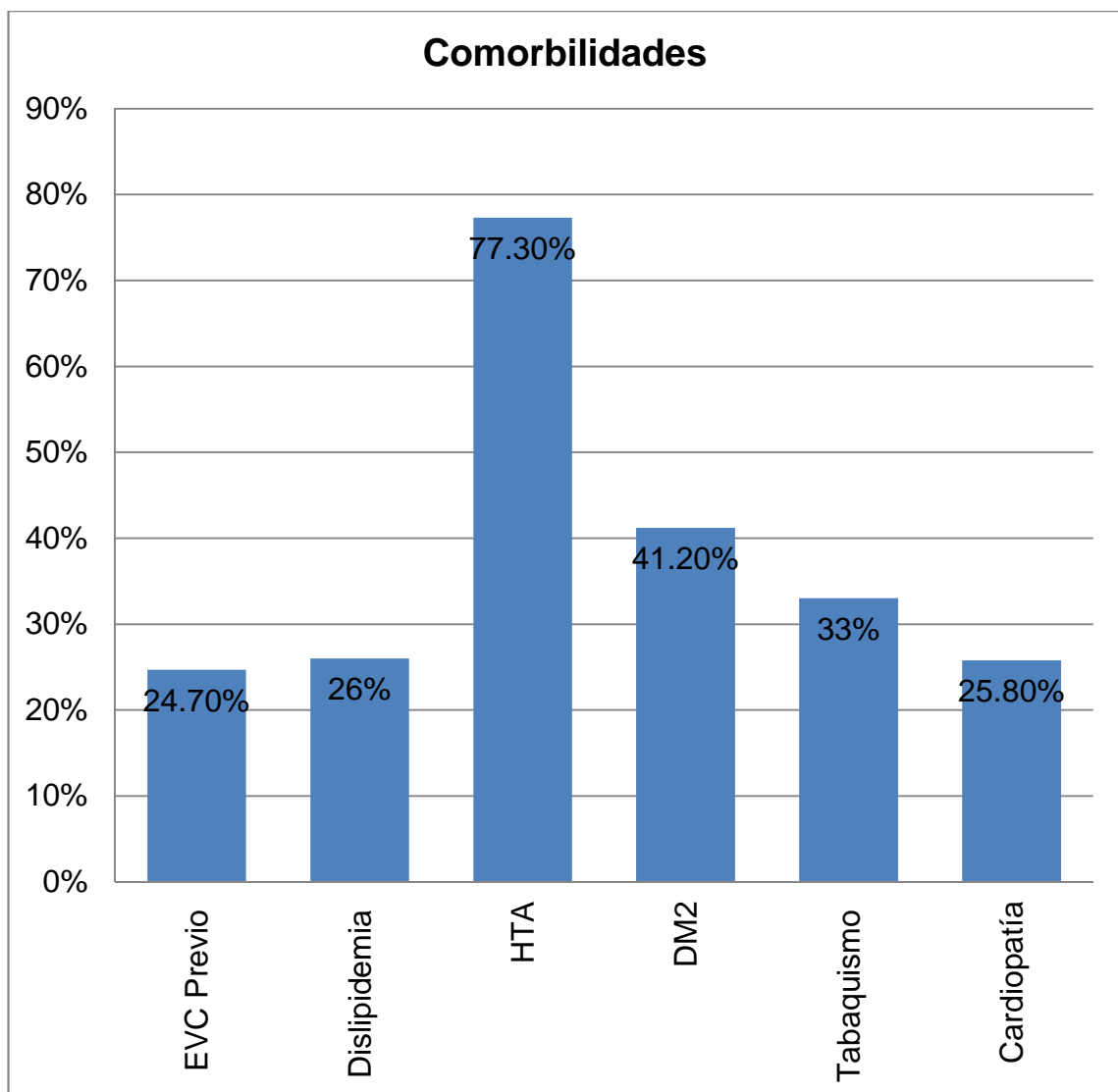


Figura 5

Subgrupo con trastorno depresivo mayor (TDM)

La prevalencia del TDM fue de 38.14% (37 pacientes). El 56.75% (21 pacientes) eran hombres y el 43.24% (16 pacientes) eran mujeres, es decir; que el 35.59% de los hombres y el 42.1% de las mujeres de la población estudiada presentaban trastorno depresivo mayor.

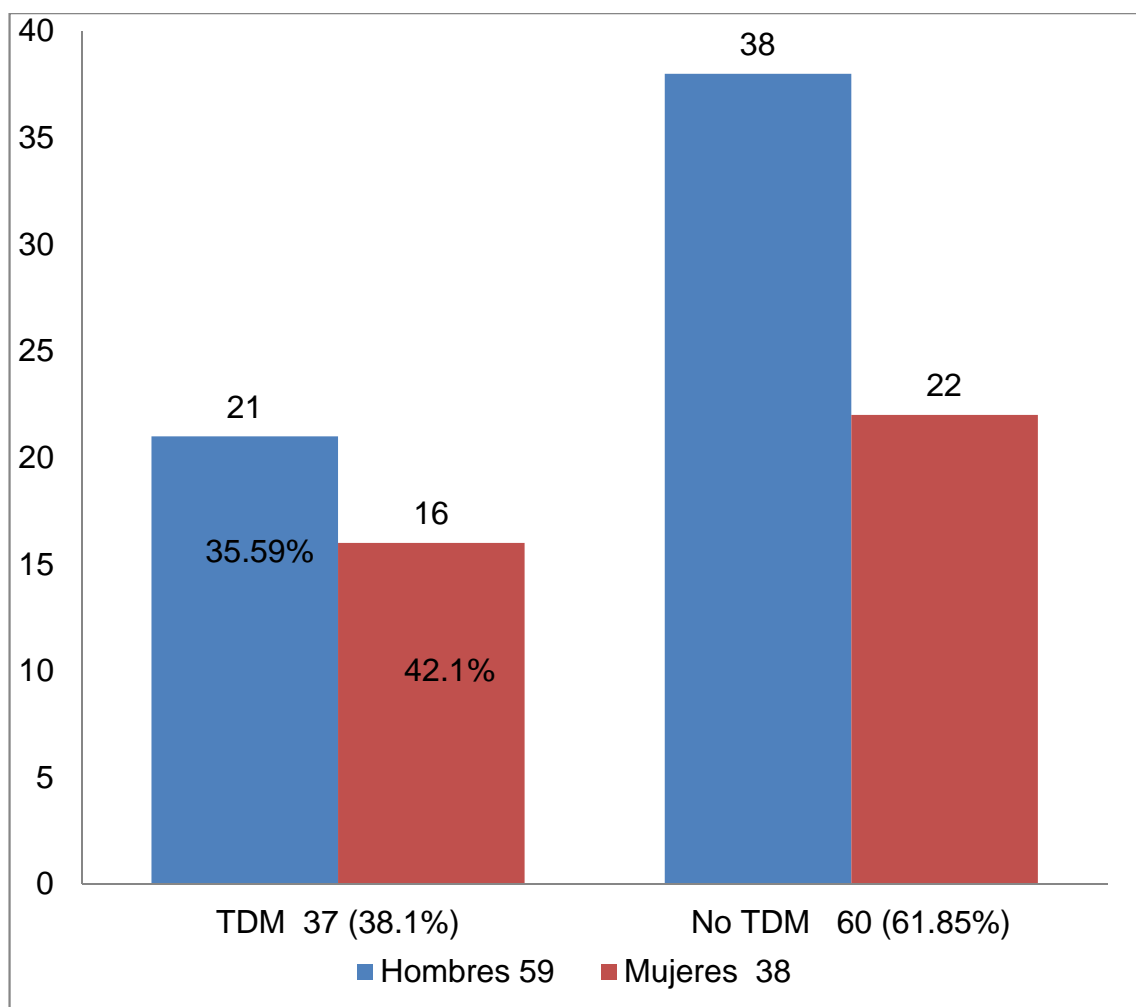


Figura 6

En los pacientes deprimidos hay una relación de 21/16 hombre/mujer, prevalencia de hipertensión arterial del 83.8%, diabetes mellitus 43.2%, tabaquismo 27%, Dislipidemia 29.7%, consumo de alcohol 32.4%, EVC previo 18.9%, y algún tipo de cardiopatía 32.4%. La mediana del tiempo de evolución de la enfermedad fue de 617.50 días (rango de 16 a 983 días), la mediana de estancia hospitalaria fue de 6 días. Edad promedio de 66.11 años (desviación estándar de 13.33 años).

Variable	Depresión n= 37
Sexo, m/f	21/16
Edad promedio \pm DE	66.11 \pm 13.33
Hipertensión Arterial, n (%)	31 (83.8)
Diabetes Mellitus, n (%)	16 (43.2)
Tabaquismo Activo, n (%)	10 (27.0)
Dislipidemia, n (%)	11 (29.7)
Consumo de Alcohol, n (%)	12 (32.4)
Consumo de Drogas, n (%)	1 (2.7)
Cardiopatía, n (%)	12 (32.4)
EVC Previo, n (%)	7 (18.9)
Días de estancia hospitalaria, Mediana (Rango)	6 (2-16)
Tiempo de evolución, Mediana (Rango)	617.50 (16-983)

Tabla1

El 28.9% de los pacientes con TDM presentaron un puntaje en la escala de Hamilton entre 8 y 13 (depresión ligera), y solo 5 pacientes presentaron más de 19 puntos (depresión severa). (Tabla 2)

Tabla de distribución de la severidad del TDM:

Variable	n=97
Pacientes con Trastorno Depresivo, n (%)	37 (38.1)
Clasificación según escala de depresión de Hamilton	
No Deprimido, n (%)	60, (61.9)
Depresión Ligera, n (%)	28, (28.9)
Depresión Moderada, n (%)	4 (4.1)
Depresión Severa, n (%)	4 (4.1)
Depresión muy Severa, n (%)	1 (1.0)

Tabla 2

Es importante señalar que se encontró una prevalencia de ideación suicida del 8.2% y planeación suicida del 3.1%, sin documentar durante la entrevista algún intento suicida previo por parte de los pacientes.

Comparación de Resultados

Tabla de comparación de poblaciones:

Variable	Sin TDM n=60	Con TDM n= 37	p
Sexo, m/f	38/22	21/16	NS
Edad promedio \pm DE	62.2 \pm 14.14	66.11 \pm 13.33	NS
Hipertensión Arterial, n (%)	42 (70.0)	31 (83.8)	NS
Diabetes Mellitus, n (%)	24 (40.0)	16 (43.2)	NS
Tabaquismo Activo, n (%)	22 (36.7)	10 (27.0)	NS
Dislipidemia, n (%)	15 (25.0)	11 (29.7)	NS
Consumo de Alcohol, n (%)	20 (33.3)	12 (32.4)	NS
Consumo de Drogas, n (%)	3 (5.0)	1 (2.7)	NS*
Cardiopatía, n (%)	13 (21.7)	12 (32.4)	NS
EVC Previo, n (%)	17 (28.3)	7 (18.9)	NS
Días estancia hospitalaria, Mediana (Rango)	6 (2-25)	6 (2-16)	NS
Días evolución, Mediana (Rango)	665(153-1081)	617.50 (16-983)	NS

Los valores se muestran en porcentajes, medias \pm Desviación Estándar (DE), Medianas (Rango) según se indica

*Exacta de Fisher por número pequeño

U de Mann Whitney

Tabla 3

No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos en ninguna de las variables a comparar ($p > 0.005$).

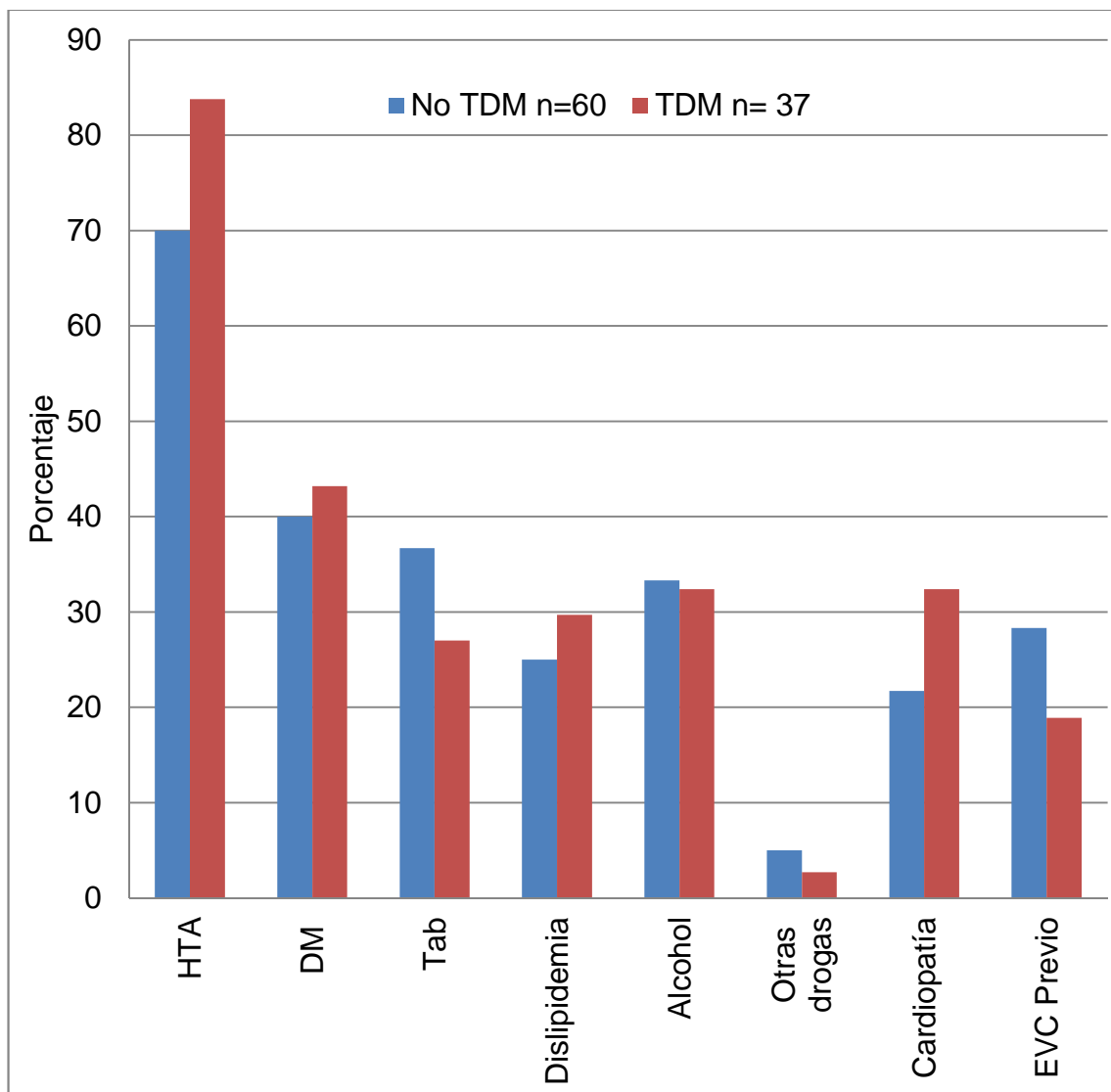


Figura 7

Comparación de resultados de escalas clinimétricas

El subgrupo de pacientes con TDM mostro una tendencia a un mayor puntaje en la escala NIHSS en cualquier momento de su aplicación (ingreso hospitalario, egreso hospitalario, visita de seguimiento), dicha tendencia es estadísticamente significativa ($p < 0.001$), es decir que, hay mayores secuelas neurológicas en los pacientes con trastorno depresivo mayor a través del tiempo. También este subgrupo mostró una tendencia a un mayor puntaje en la

escala de Rankin en cualquier momento de su aplicación (egreso hospitalario y visita). Dicha tendencia es estadísticamente significativa ($p<0.001$), es decir que, hay mayores tasas de discapacidad y por lo tanto dependencia en los pacientes con TDM.

En el puntaje de la escala de discapacidad de Barthel el resultado fue similar a las escalas anteriores; el subgrupo de pacientes con TDM mostró una tendencia a obtener un menor puntaje, por lo tanto un menor índice de funcionalidad ($p<0.001$), independientemente del momento de aplicación de la escala.

Tabla comparativa de resultados de las escalas clinimétricas entre los subgrupos de pacientes con y sin trastorno depresivo mayor.

Escala	Sin TDM n=60	Con TDM n= 37	p
NIHSS al Ingreso , Mediana (Rango)	6 (1-18)	9 (1-24)	0.001
NIHSS al Egreso , Mediana (Rango)	3 (0-12)	8 (0-12)	0.000
Rankin al Egreso (0-3), n (%)	53 (76.8)	16 (23.2)	0.000
Barthel Egreso , Mediana (Rango)	85 (0-100)	60 (0-100)	0.000
NIHSS Visita , Mediana (Rango)	0(0-6)	4 (0-14)	0.000
Rankin a la visita (0-3), n (%)	60 (67.4)	29 (32.6)	0.000
Barthel Visita , Mediana (Rango)	100 (55-100)	85 (5-100)	0.000

Los valores se muestran en porcentajes, Medianas (Rango) según se indica
U de Mann Whitney

NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale)

Tabla 4

Los resultados de la comparación de ambas poblaciones sugieren una asociación negativa entre la presencia del trastorno depresivo mayor y el puntaje en las escalas de secuelas neurológicas, discapacidad y funcionalidad, al ingreso hospitalario, al egreso y durante la visita de seguimiento.

Calidad de Vida

Los resultados de las subescalas del cuestionario de calidad de vida fueron:

Subescalas SF-36	Mediana, (rango)
Funcionamiento Físico	70 (0-100)
Limitación del Rol debido a Salud Física	75 (0-100)
Limitación del Rol debido a Problemas Emocionales	100 (0-100)
Energía/Fatiga	70 (20-90)
Bienestar Emocional	92 (32-100)
Funcionamiento Social	100 (12.5-100)
Dolor	90 (12.5-100)
Salud General	70 (25-100)

Tabla 5

En la comparación de los dos subgrupos se encontró una tendencia a presentar menor puntuación en las subescalas del cuestionario de calidad de vida para el subgrupo de pacientes con TDM con diferencia estadísticamente significativa, excepto en la variable de limitación de rol por causas emocionales. Dichos

resultados indican una asociación negativa entre la presencia de trastorno depresivo mayor y el menor puntaje en las subescalas del cuestionario de calidad de vida.

Tabla comparativa de resultados de subescalas de escala de calidad de vida SF36:

Subescala	Sin TDM n=60	Con TDM n= 37	p
Funcionamiento Físico	77.5 (25-100)	55 (0-90)	0.001
Limitación del Rol (Salud Física)	100 (0-100)	25 (0-100)	0.000
Limitación del Rol (Emocional)	100 (0-100)	100 (0-100)	NS
Energía/Fatiga	77.5 (20-90)	55 (20-90)	0.005
Bienestar Emocional,	92 (52-100)	68 (32-100)	0.000
Funcionamiento Social	100(37.5-100)	62.5(12.5-100)	0.000
Dolor	90(12.5-100)	57.5(12.5-100)	0.000
Salud General,	80 (25-100)	55 (25-85)	0.000

Los valores se muestran en porcentajes, Medianas (Rango) según se indica U de Mann Whitney (no paramétrica, valores continuos)

NIHSS indica National Institute of Health Stroke Scale (siglas en ingles)

Tabla6

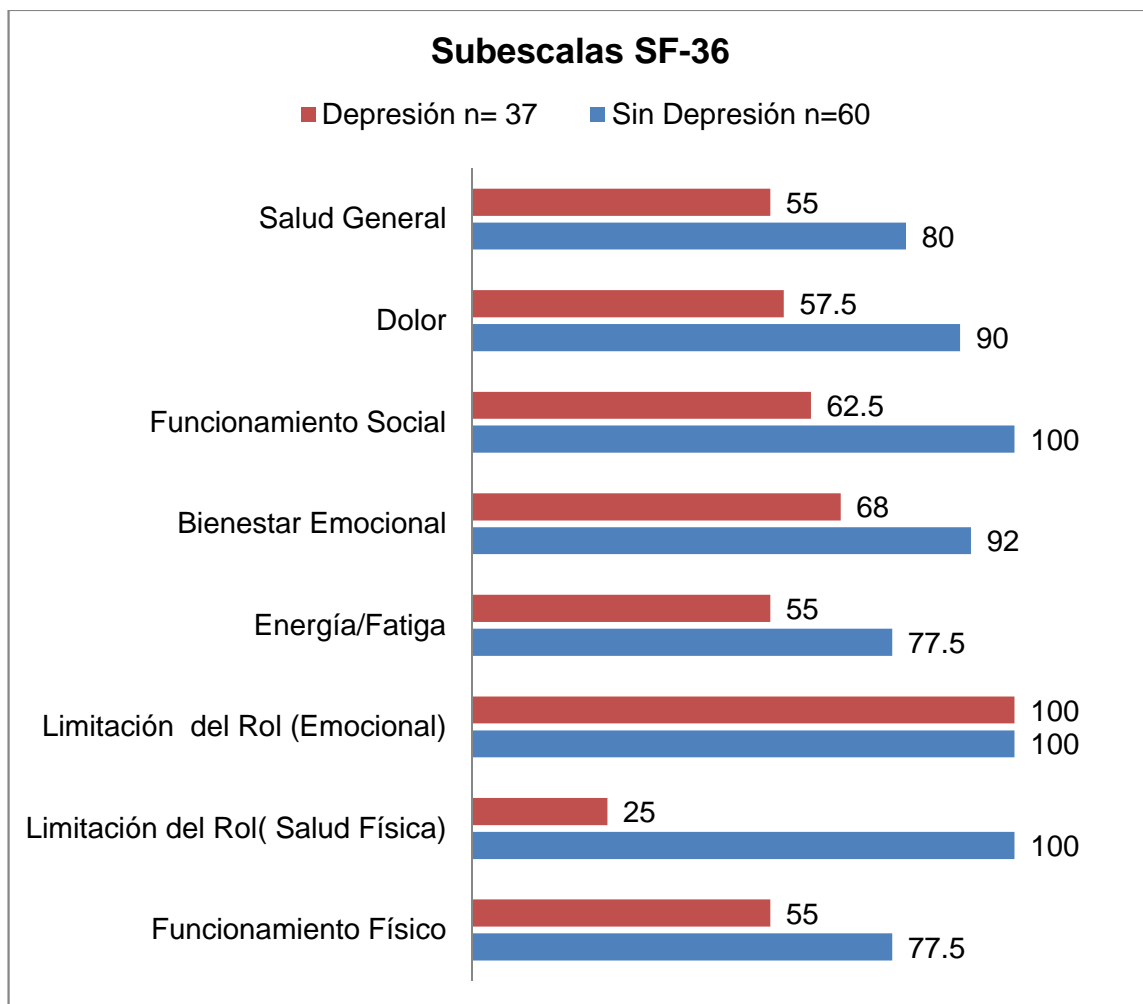


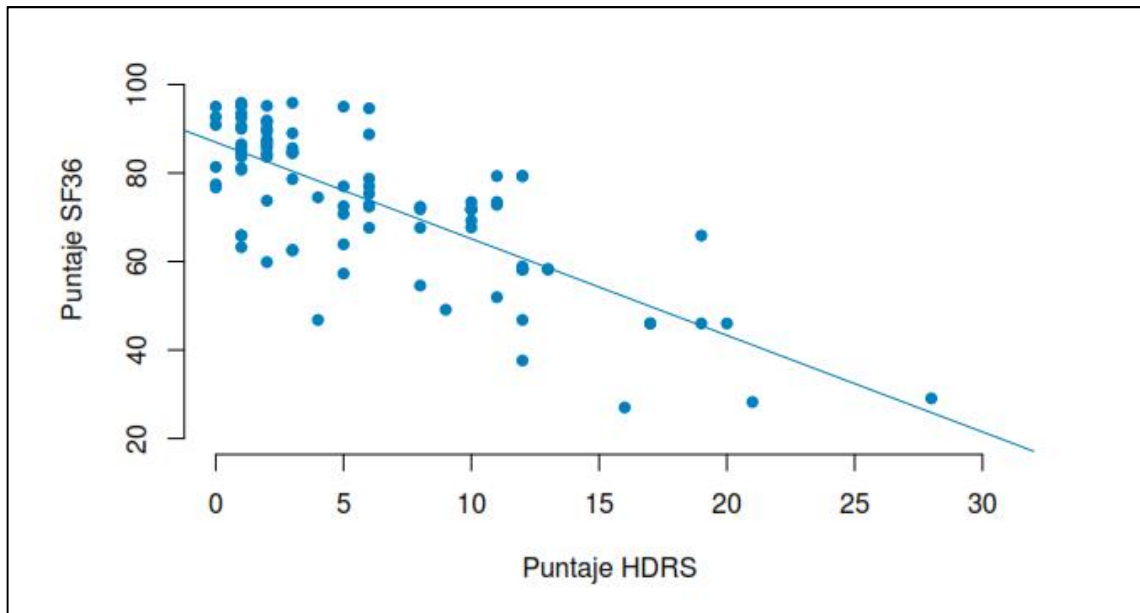
Figura 8

Se realizó una regresión lineal multivariada para determinar la correlación entre el puntaje de la escala SF-36 y la puntuación en la escala de depresión de Hamilton.

Se documentó una correlación entre las dos escalas de $r^2 = -0.577$ ($p < 0.0001$), es decir que por cada punto que se aumenta en la escala de Hamilton

disminuye 2.18 el puntaje global en la escala de calidad de vida SF36, IC95% [1.79 - 2.57].

Grafica de correlación entre puntaje de escala de Hamilton y escala de calidad de vida SF36:



HDRS (Hamilton Depression Rating Scale) escala de depresión de Hamilton
SF36 (Escala de calidad de Vida)

Figura 9

Si solo se toma en cuenta la variable dicotómica de presentar sin considerar el puntaje de la escala de depresión de Hamilton en el análisis multivariado, la media del puntaje en la escala SF36 en los pacientes sin TDM es de 81.34 (SD 11.53), mayor que la de los pacientes con TDM 58.95 (SD 14.87), es decir que la presencia de TDM tiene un impacto significativo ($\text{Eta}^2 = 0.4186$, $p < 0.0001$) en la calidad de vida. A si mismo el puntaje en la escala de Barthel también es significativo ($\text{Eta}^2 = 0.0742$, $p = 0.0004$), es decir que por cada punto que

aumenta en la escala de Barthel, aumenta 0.28 puntos, IC95% [0.12- 0.43] la escala SF36.

El modelo $SF36 \sim \text{depresión} + \text{Barthel}$ explica 49.3% de la variación en el puntaje de SF36 ($r^2 = 0.493$, $p < 0.0001$), es decir que, las variables que más impacto tienen la calidad de vida son la escala de Barthel, y la presencia de TDM, por lo tanto el puntaje en la escala de depresión de Hamilton.

Grafica de correlación existente entre la presencia de TDM y puntaje de escala de Barthel con valor global de escala de calidad de vida SF36:

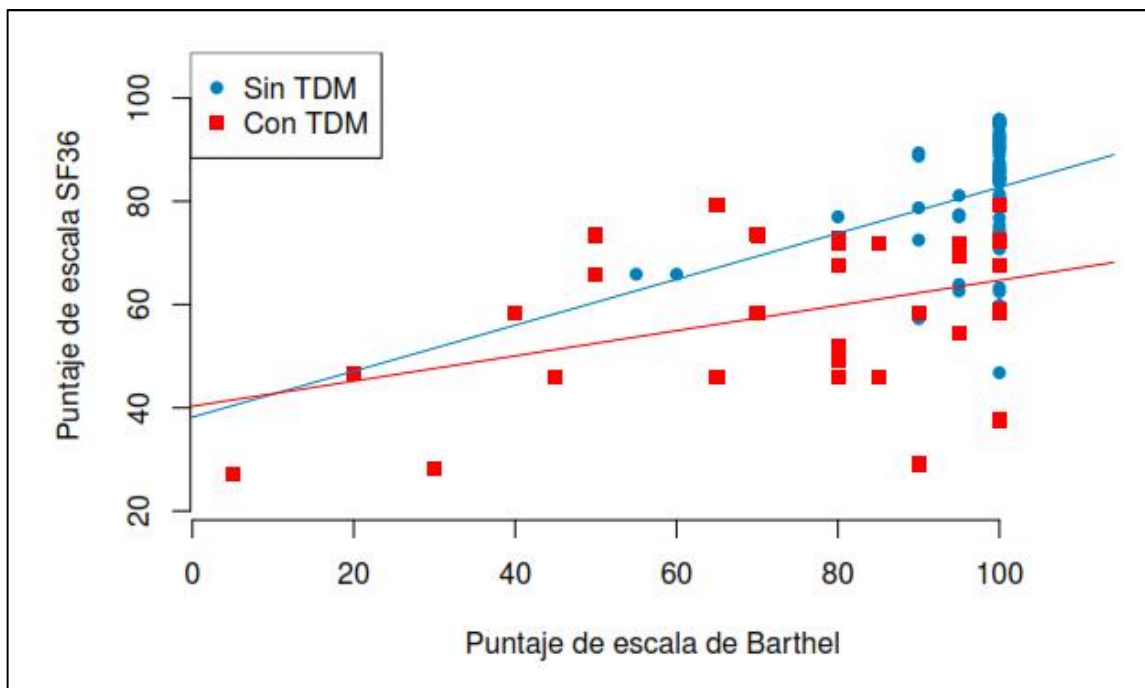


Figura 10

DISCUSIÓN

Se encontró que en la población estudiada, la prevalencia de trastorno depresivo mayor fue de 38.14% (37 pacientes) siendo el grado de “severidad leve” el más prevalente 28.9% (28). Dicha prevalencia es casi tres veces mayor a la encontrada en la población general.

Es importante señalar que solo un paciente de los 97 evaluados se encontraba en tratamiento antidepresivo, lo cual habla de un subregistro del TDM y/o un déficit en la detección de los casos.

Es evidente la asociación negativa que existe entre los índices de secuelas neurológicas, funcionalidad y discapacidad con la presencia de trastorno depresivo mayor lo cual tiene un impacto clínico importante en el apego adecuado a tratamiento y seguimiento, así como las expectativas de recuperación y la motivación a la rehabilitación.

Los resultados obtenidos en dichas escalas sugieren un peor pronóstico para los pacientes con evento vascular cerebral y trastorno depresivo mayor en los aspectos de funcionalidad, discapacidad y déficit neurológico.

El resultado evidente es que el trastorno depresivo mayor está asociado negativamente a una percepción de la calidad de vida de los pacientes con evento vascular cerebral.

Limitaciones

Ya que se trató de un estudio de diseño transversal y prevalencia, no se cuenta con registro de la existencia de trastorno depresivo mayor previo al evento vascular cerebral, tampoco con un grupo control.

También se encontró una limitación en la evaluación adecuada de los trastornos afectivos de los pacientes con deterioro neurológico, físico y discapacidad severa, debido a la sobreposición de síntomas que conlleva a un subdiagnóstico de la enfermedad.

Es importante señalar que solo acudió la población que cumpliera con los criterios de inclusión y registrada en la base de datos, es decir que los pacientes con discapacidad severa o funcionalidad muy baja no acudieron a consulta de seguimiento, debido a las limitaciones físicas, cognitivas y/o falta de recursos económicos. Los pacientes con secuelas cognitivas severas no fueron incluidos en este estudio debido a la dificultad en la aplicación de escalas, cabe la hipótesis de que en este subgrupo de pacientes no incluidos, la prevalencia de trastorno depresivo podría ser aún mayor a la de la población estudiada.

También pudimos observar que todos los pacientes evaluados fueron traídos por un familiar, lo cual habla de una red de apoyo eficiente y sesga las características de la población.

CONCLUSIÓN

En nuestra población el trastorno depresivo mayor está asociado negativamente a una percepción de la calidad de vida de los pacientes con evento vascular cerebral, así como también los índices de las escalas de funcionalidad, déficit neurológico y discapacidad.

A partir de estos datos nos damos cuenta de la importancia en la detección y atención del TDM, ya que tendría un impacto favorable en la percepción de calidad de vida y de recuperación. Hace falta comparar entre diversas poblaciones y encontrar un mecanismo eficiente de evaluación para los pacientes que no pudieron ser incluidos en el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Benjamin j. Sadock, a. Sadock virginia, Kaplan & sadok sinopsis de psiquiatría, , cap 15, 10a edición. Lippincott williams and wilkins. Wolters kluwer health, 2009.
2. López-Ibor Aliño, Váldez Miyar DSM IV TR, Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales revisado, criterios diagnósticos, Elsevier Masson , España 2002.
3. Smith, English, Harrison Principios de Medicina Interna, ed 17, Vol II, cap 364, McGraw Hill, Mexico, 2009.
4. Ellis C, Grubaugh AL, Egede LE. "The association between major depression, health behaviors, and quality of life in adults with stroke", Int J Stroke. 2011 Dec 8. doi: 10.1111/j.1747-4949.2011.
5. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social. Cuaderno Número 19, Edición 2002. México, D.F. 2003:50–51.
6. Velázquez Monroy et al. "Morbilidad y mortalidad de la enfermedad isquémica del corazón y cerebrovascular en México". 2005. Arch. Cardiol. Méx. [online]. 2007, vol.77, n.1, pp. 31-39.
7. NINDS (National Institute of Neurological Disorders and Stroke (http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/previniendo_la_apoplejia.htm).
8. D'Agostino, R.B.; Wolf, P.A.; Belanger, A.J.; & Kannel, W.B. "Stroke Risk Profile: The Framingham Study." Stroke, Vol. 25, No. 1, pp. 40-43, Enero1994.

9. Dong JY, Zhang YH, Tong J, Qin LQ, "Depression and risk of stroke: a meta-analysis of prospective studies". *Stroke*. 2012 Jan; 43(1):32-7. Epub 2011 Oct 20.
10. Gabaldón L, Fuentes B, Frank-García A, Díez-Tejedor E, "Poststroke depression: importance of its detection and treatment" *Cerebrovasc Dis*. 2007; 24 Suppl 1:181-8, Nov .
11. Lenzi GL, Altieri M, Maestrini I. "Post-stroke depression". *Rev Neurol (Paris)*. 2008 Oct; 164(10):837-40.
12. Ghoge H, Sharma S, Sonawalla S, Parikh R. "Cerebrovascular diseases and depression", *Curr Psychiatry Rep*. 2003 Jul; 5(3):231-8.
13. Santos CO, Caeiro L, Ferro JM, Figueira ML. "A study of suicidal thoughts in acute stroke patients". *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2012 Nov; 21 (8):749-54.
14. Arseniou S, Arvaniti A, Samakouri M. "Post-stroke depression: recognition and treatment interventions". *Psychiatrike*. 2011 Jul-Sep; 22 (3):240-8.
15. Fuller-Thomson E, Tulipano MJ, Song M, "The association between depression, suicidal ideation, and stroke in a population-based sample". *Int J Stroke*. 2012 Apr; 7(3):188-94.
16. Pan A, Sun Q, Okereke OI, Rexrode KM, Hu FB. "Depression and the Risk of Stroke Morbidity and Mortality: A Meta-analysis and Systematic Review". *JAMA: the journal of the American Medical Association* 2011; 306 (11):1241-1249.
17. A Babyak Michael, *Psychosom Med*. 2004 Jun; 66 (3):411–21.

18. Gastpar M, Gilsdorf U. "The Hamilton Depresión Rating Scale in a WHO collaborative program, in The Hamilton Scales" Psychopharmacology Series 9. Ed. Bech P, Coppen A. Berlin, Springer-Verlag, 1.990.
19. Rehm L, O'Hara M. "Item characteristics of the Hamilton Taring Scale for Depression". J Psychiatr Res, 1.985; 19: 31-41.
20. Reynolds WM, Kobak KA." Reliability and validity of the Hamilton Depression Inventory: a paper-and-pencil version of the Hamilton Rating Scale Clinical Interview". Psychological Assessment, 1.995; 7: 472-83.
21. Vázquez C, Jiménez F Bulbena A, Berrios G, Fernández de Larrinoa P. "Depresión y manía. En: Medición clínica en psiquiatría y psicología". Barcelona: Masson S.A. 2000; p 263-265, 297-300.
22. Hedlund JL, Vieweg BW. "The Hamilton rating scale for depression: a comprehensive review". J Operat Psychiatry 1979; 10: 149-165.
23. Linden M, Borchelt M, Barnow S et al. "The impact of somatic morbidity on the Hamilton Depression Rating Scale in the very old". Acta Psychiatr Scand 1995; 92: 150-154.
24. Bonin-Guillaume S, Clément JP, Chassain AP et al. « Évaluation psychométrique de la dépression du sujet âgé: Quels instruments? Quelles perspectives d'avenir? ». Encéphale 1995; 21: 25-34.
25. Burns A, Lawlor B, Craig S. "Assessment scales in old age psychiatry". London: Martin Dunitz Ltd, 1999; p 6, 291-293.

26. Barrero Solís, García Arrioja, Ojeda Manzano, "Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación", *Plast & Rest Neurol* 2005;4 (1-2): 81-85.
27. Wilson JL, Hareendran A, Grant M, et al. (2002). "Improving the Assessment of Outcomes in Stroke: Use of a Structured Interview to Assign Grades on the Modified Rankin Scale.". *Stroke* 33 (9): 2243–2246.
28. Wilson JL, Hareendran A, Hendry A, et al. (2005). "Reliability of the Modified Rankin Scale Across Multiple Raters: Benefits of a Structured Interview.". *Stroke* 36 (4): 777–781.
29. Ware, John E. Jr., Ph.D., SF-36® Health Survey Update (<http://www.sf-36.org/tools/SF36.shtml>).
30. Secretaria de Salud SSA, Dirección general de planeación y desarrollo en Salud.
(http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dhg/CUESTIONARIO_SALUD_SF-36.pdf) México, 2013.
31. Vilagut Ferrer Rajmil, Permanyer-Miralda^d, Quintana^e, "The panish version of the Short Form 36 Health Survey: a decade of experience and new developments", *Gaceta sanitaria*, Volume 19, Issue 2, April 2005, Pages 135–150.
32. Galledo, Hernandez Ferrandiz, Turro Garriga, "Validacion del Montreal cognitive assesment MoCa, test de cribado cognitivo para deterioro cognitivo leve: datos preliminares", *alzheimer, real invest. Demenc* 2009;43 4-11.

ANEXOS

Cuestionario de Salud SF-36

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

1. Excelente 2. Muy buena 3. Buena 4. Regular 5. Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1. Mucho mejor ahora que hace un año 2. Algo mejor ahora que hace un año
3. Más o menos igual que hace un año 4. Algo peor ahora que hace un año
5. Mucho peor ahora que hace un año

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1. Sí 2. No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1. Sí 2. No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1. Sí 2. No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1. Sí 2. No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1. Sí 2. No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1. Sí 2. No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1. Sí 2. No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1. Nada 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1. No, ninguno 2. Sí, muy poco 3. Sí, un poco 4. Sí, moderado
5. Sí, mucho 6. Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1. Nada 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.

EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas Veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1. Totalmente cierta 2. Bastante cierta 3. No lo sé 4. Bastante falsa 5.
Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

1. Totalmente cierta 2. Bastante cierta 3. No lo sé 4. Bastante falsa 5.
Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1. Totalmente cierta 2. Bastante cierta 3. No lo sé 4. Bastante falsa 5.
Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1. Totalmente cierta 2. Bastante cierta 3. No lo sé 4. Bastante falsa 5.
Totalmente falsa

Asignación de puntaje.

Preguntas de 3 categorías se puntúan 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntúan 0 - 25 - 50 - 75- 100, con 6 categorías 0-20-40-60-80-100.

Luego, los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100.

Los ítems no respondidos no se consideran.

Escala de Barthel

COMER:

- (10) Independiente. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.
- (0) Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.

LAVARSE (BAÑARSE):

- (5) Independiente. Capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
- (0) Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión.

VESTIRSE:

- (10) Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.
- (5) Necesita ayuda. Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- (0) Dependiente.

ARREGLARSE:

- (5) Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
- (0) Dependiente. Necesita alguna ayuda.

DEPOSICIÓN:

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia.
- (5) Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios.
- (0) Incontinente.

MICCIÓN (Valorar la semana previa):

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo.
- (5) Accidente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.
- (0) Incontinente..

USAR EL RETRETE:

- (10) Independiente. Entra y sale solo y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda: es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.
- (0) Dependiente. Incapaz de manejarse sin ayuda mayor.

TRASLADO AL SILLON/CAMA:

- (15) Independiente. No precisa ayuda.
- (10) Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.
- (5) Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
- (0) Dependiente. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

DEAMBULACION:

- (15) Independiente. Puede andar 50 m, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.
- (10) Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona. Precisa utilizar andador.
- (5) Independiente. (En silla de ruedas) en 50 m. No requiere ayuda o supervisión.
- (0) Dependiente.

SUBIR / BAJAR ESCALERAS:

- (10) Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Precisa ayuda o supervisión.
- (0) Dependiente. Incapaz de salvar escalones

- 1- Independiente: 100 ptos (95 sí permanece en silla de ruedas).
- 2- Dependiente leve: >60 ptos.
- 3- Dependiente moderado: 40-55 ptos.
- 4- Dependiente grave: 20-35 ptos.
- 5- Dependiente total: <20 ptos.

Escala de Rankin modificada

0. Asintomático

1. Sin incapacidad significativa. Síntomas y síntomas. Realiza actividades laborales y sociales

2. Discapacidad leve. Incapaz de realizar todas las actividades previa, pero atiende sus asuntos sin ayuda

3. Discapacidad moderada. Camina sin ayuda de otra persona. Precisa ayuda para algunas tareas. Necesidad de cuidador al menos 2 veces en semana

4. Discapacidad moderadamente grave. Incapaz de andar y de atender satisfactoriamente sus necesidades. Precisa ayuda para caminar y para actividades básicas. Cuidador 1 vez/día

5. Discapacidad grave: encamado, incontinente. Atención constante

6. Éxitus

MOCA (Montreal Cognitive Assetment)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) (EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE:
Nivel de
estudios:
Sexo:

Fecha de nacimiento:
FECHA:

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA		Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)		Puntos				
				<input type="text"/> / 5				
<input type="text"/>		<input type="text"/> Contorno <input type="text"/> Números <input type="text"/> Agujas						
IDENTIFICACIÓN								
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / 3								
MEMORIA	Lea la lista de palabras. El paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdoselas 5 minutos más tarde.	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Sin puntos	
	1er intento							
	2º intento							
ATENCIÓN	Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. <input type="text"/> 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa. <input type="text"/> 7 4 3						<input type="text"/> / 2	
	Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores. <input type="text"/> FBACMNAAJKLBFAKDEAAAJAMOFaAB						<input type="text"/> / 1	
	Restar de 7 en 7 empezando desde 100. <input type="text"/> 93 <input type="text"/> 86 <input type="text"/> 79 <input type="text"/> 72 <input type="text"/> 65 4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.						<input type="text"/> / 3	
LENGUAJE	Repita: El gato se escabade bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. <input type="text"/> Diga que él le entregó el mensaje una vez que ella se lo pide. <input type="text"/>						<input type="text"/> / 2	
	Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. <input type="text"/> _____ (N ≥ 11 palabras)						<input type="text"/> / 1	
ABSTRACCIÓN	Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta <input type="text"/> tren-bicicleta <input type="text"/> reloj-regla						<input type="text"/> / 2	
RECUERDO DIFERIDO	Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Optativo	Pista de categoría Pista elección múltiple							
ORIENTACIÓN	<input type="text"/> Día del mes (fecha) <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> Día de la semana <input type="text"/> Lugar <input type="text"/> Localidad							<input type="text"/> / 6
© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 www.mocatest.org Normal ≥ 26 / 30							TOTAL <input type="text"/> / 30 Añade 1 punto al total si el paciente ≥ 12 años de edad	

Escala de depresión de Hamilton (HDRS)

Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)

- 0 Ausente
- 1 Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente
- 2 Estas sensaciones las relata espontáneamente
- 3 Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)
- 4 Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea

Sentimientos de culpa

- 0 Ausente
- 1 Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente
- 2 Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones
- 3 Siente que la enfermedad actual es un castigo
- 4 Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza

Suicidio

- 0 Ausente
- 1 Le parece que la vida no vale la pena ser vivida
- 2 Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir
- 3 Ideas de suicidio o amenazas

- 4 Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

Insomnio precoz

- 0 No tiene dificultad
- 1 Dificultad ocasional para dormir, (más de media hora el conciliar el sueño)
- 2 Dificultad para dormir cada noche

Insomnio intermedio

- 0 No hay dificultad
- 1 Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche
- 2 Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)

Insomnio tardío

- 0 No hay dificultad
- 1 Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir
- 2 No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

Trabajo y actividades

- 0 No hay dificultad
- 1 Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad
- 2 Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)
- 3 Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad
- 4 Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)

- 0 Palabra y pensamiento normales
- 1 Ligeramente retrasado en el habla
- 2 Evidente retraso en el habla
- 3 Dificultad para expresarse
- 4 Incapacidad para expresarse

Agitación psicomotora

- 0 Ninguna
- 1 Juega con sus dedos
- 2 Juega con sus manos, cabello, etc.
- 3 No puede quedarse quieto ni permanecer sentado
- 4 Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios

Ansiedad psíquica

- 0 No hay dificultad
- 1 Tensión subjetiva e irritabilidad
- 2 Preocupación por pequeñas cosas
- 3 Actitud aprensiva en la expresión o en el habla
- 4 Expresa sus temores sin que le pregunten

Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)

- 0 Ausente
- 1 Ligera
- 2 Moderada
- 3 Severa
- 4 Incapacitante

Síntomas somáticos gastrointestinales

- 0 Ninguno
- 1 Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen.
- 2 Sensación de pesadez en el abdomen
- 3 Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

Síntomas somáticos generales

- 0 Ninguno
- 1 Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.
- 2 Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2

Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)

- 0 Ausente
- 1 Débil
- 2 Grave
- 3 Ausente

Hipocondría

- 0 Preocupado de si mismo (corporalmente)
- 1 Preocupado por su salud
- 2 Se lamenta constantemente, solicita ayuda

Pérdida de peso

- 0 Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana
- 1 Pérdida de más de 500 gr. en una semana
- 2 Pérdida de más de 1 Kg. en una semana

Introspección (insight)

- 0 Se da cuenta que está deprimido y enfermo
- 1 Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
- 2 No se da cuenta que está enfermo

NIHSS (National Institute of Health Stroke Sacale)

1a. Nivel de conciencia	Alerta Somnolencia Obnubilación Coma	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
1b. Nivel de conciencia Preguntas verbales ¿En qué mes vivimos? ¿Qué edad tiene?	Ambas respuestas son correctas Una respuesta correcta Ninguna respuesta correcta	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
1c. Nivel de conciencia. Ordenes motoras 1. Cierre los ojos, después ábralos. 2. Cierre la mano, después ábrala.	Ambas respuestas son correctas Una respuesta correcta Ninguna respuesta correcta	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
2. Mirada conjugada (voluntariamente o reflejos óculocefálicos, no permitidos óculo-vestibulares) Si lesión de un nervio periférico: 1 punto.	Normal Paresia parcial de la mirada Paresia total o desviación forzada	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
3. Campos visuales (confrontación) Si ceguera bilateral de cualquier causa: 3 puntos. Si extinción visual: 1 punto	Normal Hemianopsia parcial Hemianopsia completa Ceguera bilateral	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
4. Paresia facial	Normal. Paresia leve (asimetría al sonreír.) Parálisis total de músc. facial inferior Parálisis total de músc. facial superior e inferior.	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
5. Paresia de extremidades superiores (ES) Se explora 1ª la ES no parética Debe levantar el brazo extendido a 45° (decúbito) ó a 90° (sentado). No se evalúa la fuerza distal Se puntúa cada lado por separado. El 9 no se contabiliza en el cómputo global.	Mantiene la posición 10". Claudica en menos de 10" sin llegar a tocar la cama. Claudica y toca la cama en menos de 10". Hay movimiento pero no vence gravedad. Parálisis completa.. Extremidad amputada o inmovilizada	0 1 2 3 4 9	0 1 2 3 4 9	0 1 2 3 4 9	0 1 2 3 4 9	0 1 2 3 4 9	0 1 2 3 4 9	0 1 2 3 4 9	0 1 2 3 4 9
6. Paresia de extremidades inferiores (EI) Se explora 1ª la EI no patética. Debe levantar la pierna extendida y mantener a 30". Se puntúa cada lado por separado. El 9 no se contabiliza en el cómputo global.	Mantiene la posición 5". Claudica en menos de 5" sin llegar a tocar la cama. Claudica y toca la cama en menos de 5". Hay movimiento pero no vence gravedad. Parálisis completa. Extremidad amputada o inmovilizada.	0 1 2 3 4 9	0 1 2 3 4 9	0 1 2 3 4 9	0 1 2 3 4 9	0 1 2 3 4 9	0 1 2 3 4 9	0 1 2 3 4 9	0 1 2 3 4 9
7. Ataxia de las extremidades. Dedo-nariz y talón-rodilla. Si déficit motor que impida medir disimetría: 0 pt.	Normal. Ataxia en una extremidad. Ataxia en dos extremidades.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
8. Sensibilidad. Si obnubilado evaluar la retirada al estímulo doloroso. Si déficit bilateral o coma: 2 puntos.	Normal Leve o moderada hipoestesia. Anestesia.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
9. Lenguaje. Si coma: 3 puntos. Si intubación o anartria; explorar por escritura.	Normal. Afasia leve o moderada. Afasia grave, no posible entenderse. Afasia global o en coma	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
10. Disartria. Si afasia: 3 puntos	Normal. Leve, se le puede entender. Grave, ininteligible o anartria. Intubado. No puntúa.	0 1 2 9	0 1 2 9	0 1 2 9	0 1 2 9	0 1 2 9	0 1 2 9	0 1 2 9	0 1 2 9
11. Extinción-Negligencia-Inatención. Si coma: 2 puntos.	Normal. Inatención/extinción en una modalidad Inatención/extinción en más de una modalidad.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
TOTAL									

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Ernesto Amaury Peñuelas González

Residente de cuarto año de Psiquiatría

Hijo de Luis Ernesto Peñuelas Cervantes y María del Socorro González García

Nací en 30 de julio de 18985 en la ciudad de San Luis Potosí, San Luis Potosí donde crecí y realice mi toda mi formación educativa.

Me titule como médico cirujano y partero en el año del 2010 de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, realice un año de internado de pregrado en el Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” en la misma ciudad y el servicio social en la comunidad de Ahuacatlán de Jesús, Xilitla, en la huasteca potosina.

Mi formación como residente de psiquiatría la he realizado en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la Universidad Autónoma de Nuevo León hasta la fecha y una rotación en el servicio de urgencias psiquiátricas y de intervención en crisis en el Centre Hôpitalier Sainte-Anne en París, Francia.

Mis áreas de interés son la psicoterapia en especial de corte analítico y la neuropsicología.